

(様式第3号)(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医療費等証明書

年 月 日

山ノ内町長 様

医療機関

住 所

名 称

主治医又は薬剤師

㊞

不妊及び不育症治療に係る医療費等の本人負担額を、下記のとおり領収したことを証明します。

記

1 受診者

|   | 氏 名 | 住 所 |
|---|-----|-----|
| 夫 |     |     |
| 妻 |     |     |

2 領収金額等

|                       | 不妊治療            |                 | 不育症治療           |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                       | 夫               | 妻               |                 |
| 期 間                   | 年 月 日～<br>年 月 日 | 年 月 日～<br>年 月 日 | 年 月 日～<br>年 月 日 |
| 保険診療一<br>部負担金額        | 円               | 円               | 円               |
| 保険適応外<br>医療費本人<br>負担額 | 円               | 円               | 円               |
| 領収金額<br>合 計           | 円               | 円               | 円               |

※ この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。